

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N° 189

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Suzanne VAN AUTGAERDEN

Née le 31 mai 1903, à Bruxelles (Belgique).

Contribution à l'étude
de la Neurotomie Rétro-Gassérienne
par voie temporale

Travail du Service du Professeur agrégé LARDENNOIS
Hôpital Laënnec, Paris.

Président : M. Clovis VINCENT, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1939

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Suzanne VAN AUTGAERDEN

Née le 31 mai 1903, à Bruxelles (Belgique).

Contribution à l'étude
de la Neurotomie Rétro-Gassérienne
par voie temporale

Travail du Service du Professeur agrégé LARDENNOIS
Hôpital Laënnec, Paris.

Président : M. Clovis VINCENT, Professeur.

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1939

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert LEBRÈ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.
BEZANÇON (Justin)	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.

MM.

CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES .. Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY . Pharmacologie.

MM.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE.. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHEL Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

MM.
 LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN.
 BRULE.
 CHABROL.
 DONZELOT.
 DUVOIR.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT.
 SEZARY. } Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROCO.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 MOURE.
 QUENU.
 VELTER. } Clinique chirurgicale

MM.
 ECALLE. } Clinique obstétricale.
 METZGER.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 RUPPE Stomatologie.
 WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CLOVIS VINCENT

Professeur de Clinique Neuro-Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris.
Médecin de l'Hôpital de la Pitié.
Officier de la Légion d'Honneur.

*Qui m'a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.*

*Hommage de ma reconnaissance et de
ma respectueuse admiration.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LARDENNOIS

Chirurgien de l'Hôpital Laënnec.
Commandeur de la Légion d'Honneur.

*Qui m'a accueillie dans son service avec
beaucoup de bienveillance.
Hommage de ma profonde gratitude.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153526_0140

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR H. WELTI

Chirurgien des Hôpitaux.

Qui m'a inspiré cette thèse et en a permis la réalisation grâce à la documentation qu'il a bien voulu me fournir sur ses travaux personnels et la bienveillance spéciale avec laquelle il m'a prodigué ses conseils de chaque jour.

Qu'il me soit permis ici de lui témoigner ma profonde reconnaissance.

Je lui dois le meilleur de ma formation médicale de ces dernières années.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PARAF

Médecin des Hôpitaux.

*Qu'il veuille bien recevoir ici tous mes
remerciements.*

Notre Maître, le Docteur H. WELTI, nous a demandé de revoir et d'examiner 21 malades qu'il avait opérés au cours de ces dernières années pour névralgie faciale, afin de nous rendre compte du résultat à distance de ces interventions chirurgicales.

Jusqu'à la fin du XIX^e siècle le traitement chirurgical de la névralgie faciale se bornait à des sections et des résections périphériques des filets terminaux du nerf maxillaire supérieur, du nerf maxillaire inférieur et de l'ophtalmique.

Après avoir reconnu l'inefficacité de ces interventions extra-craniennes la chirurgie s'orienta vers la gassérectomie et la section de la racine du trijumeau par voie intra-durale HORSLEY et MACEWEN, 1886; extradurale transptéridoïdienne ROSE, 1890; infra-artérielle CUSHING, 1900.

Après la neurotomie pré-gassérienne et la gassérectomie, FRAZIER et SPILLER proposent en 1901 la section de la racine bulbo-protubérentielle du trijumeau. C'est la neurotomie rétro-gassérienne par voie temporale.

Depuis, presque tous les chirurgiens adoptent cette opération avec quelques variantes de technique portant principalement sur la voie d'abord plus ou moins postérieure.

En 36 ans, cette intervention voit la mortalité opér-

ratoire s'abaisser considérablement mais semble réclamer d'être faite le plus loin possible du ganglion de Gasser pour éviter surtout les séquelles oculaires, c'est pourquoi, au cours de ces dernières années, différents chirurgiens, en particulier DANDY en Amérique, PETIT-DUTAILLIS en France, ont proposé de sectionner la racine du trijumeau par voie occipitale au niveau même de son émergence protubérantielle. Cette technique pour ces auteurs devait permettre d'obtenir des résultats plus satisfaisants et en particulier d'éviter des troubles sensitifs très importants et de mettre à l'abri de kératites post-opératoires.

Dans la série d'opérés que nous étudions, la neurotomie rétro-gassérienne a toujours été faite par voie temporale. Il était donc intéressant en revoyant ces malades de vérifier les résultats obtenus. Les splendides guérisons que nous avons pu constater sont, à notre avis, la preuve que la neurotomie rétro-gassérienne par voie temporale ne mérite pas d'être délaissée. En effet, en faisant courir moins de risques aux malades, elle permet d'obtenir des résultats aussi satisfaisants.

Les observations qui font l'objet de ce travail se rapportent à 21 malades opérés au cours de ces dernières années. Parmi ceux-ci, nous trouvons 8 hommes et 13 femmes. En ce qui concerne l'âge, le plus souvent il s'agissait de malades ayant dépassé la cinquantaine : 3 opérés étaient âgés de 50 à 60 ans et 6 de 60 à 70 ans. Un opéré avait 70, deux 71, un 72 et un dernier enfin 74 ans.

Dans certains cas, toutefois, il s'agissait de malades jeunes, un malade avait 26 ans, un 35, un 36 et 4 opérés avaient un âge variant entre 40 et 50 ans.

La durée de l'évolution avant l'opération était, dans certains cas, très longue. Dans 3 cas, elle était respectivement de 24 ans, 25 ans et 29 ans. Dans 4 cas, elle était de 15 à 20 ans. Dans 9 cas, la durée variait entre 4 et 10 ans. Dans 3 cas, la maladie était récente et le début remontait à 18 mois, un an et un mois.

En ce qui concerne le début, dans 11 cas, la névralgie avait commencé par le maxillaire supérieur, dans 7 cas par le maxillaire inférieur, dans 2 cas par l'ophtalmique. Au moment de l'intervention, la névralgie était restée localisée dans le territoire d'origine dans 7 cas — elle avait gagné le territoire voisin dans 9 cas — elle avait atteint les trois branches dans 2 cas. Cela indépendamment de la durée de l'évolution. En effet, dans le cas le plus ancien où le début des accidents remontait à 29 ans, seul le territoire du maxillaire inférieur était atteint et dans le cas le plus récent, la névralgie qui avait débuté par le maxillaire inférieur gagnait en un mois le territoire des trois branches.

Chez ces différents malades qui furent pour la plupart adressés par le Docteur PARAF, il s'agissait de névralgies faciales typiques.

Nous envisagerons successivement :

- 1°) la technique chirurgicale utilisée.
- 2°) les suites opératoires immédiates.
- 3°) les résultats à distance.

TECHNIQUE CHIRURGICALE UTILISEE

AU POINT DE VUE TECHNIQUE, dans tous nos cas, la neurotomie rétro-gassérienne a été faite par voie temporale. Nous pouvons schématiser l'intervention de la manière suivante :

Dans un 1^{er} temps, les téguments et le muscle temporal sont incisés verticalement à un travers de doigt en avant du tragus. L'incision part inférieurement de l'arcade zygomatique et a une longueur de 10 cm. environ. D'emblée le bistouri va jusqu'à l'os, les doigts des aides compriment de chaque côté les parties molles afin d'éviter toute hémorragie; les vaisseaux qui saignent sont alors pincés et en particulier les deux extrémités de l'artère temporale superficielle, qui a été sectionnée, sont ligaturées. Un écarteur orthostatique est alors introduit entre les deux lèvres de l'incision afin de bien exposer la paroi osseuse crânienne.

Dans un 2^e temps, l'os est trépané avec le trépan de Doyen et l'écaille temporale est reséquée à la pince gouge. La résection est poussée le plus loin possible inférieurement afin de bien atteindre la base du crâne. Ce dernier point de technique est capital et au besoin à ce niveau la brèche osseuse est élargie au ciseau et au maillet, car les pinces gouges les

mieux coudées ne permettent pas toujours d'aller suffisamment loin.

Les veines du diploe, au cours de cette résection sont quelquefois la cause d'hémorragies gênantes. L'emploi de cire, en oblitérant la cavité osseuse qui saigne, permet de tarir facilement ces hémorragies.

A deux reprises, l'artère méningée moyenne cheminait à l'intérieur de l'os au niveau de la trépanation et cette disposition fut la cause d'une hémorragie plus gênante. L'emploi de clips avant sa pénétration dans l'os permet de tarir ces hémorragies. Dans certains cas, la paroi osseuse peut être épaisse, plus souvent, surtout dans la partie inférieure, l'écaille temporale est très mince. Une grande prudence est indispensable au cours de la trépanation pour éviter de traumatiser la dure-mère.

Dans un 3^e temps, la dure-mère est décollée de la base du crâne à l'aide de petits tampons de coton maniés avec douceur.

Dans une série de cas la dure-mère se décolle très facilement. Dans d'autres cas, ce décollement est plus difficile. La dure-mère adhère à l'os et risque d'être ouverte au cours du décollement. De petites déchirures dure-mériennes n'ont d'ailleurs pas de conséquences fâcheuses et même l'écoulement par cette perforation dure-mérienne d'une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien facilite, dans certains cas, l'intervention.

Au niveau du trou petit-rond l'artère méningée moyenne est sectionnée. Il est capital, avant de pra-

tiquer cette section, de bien isoler le pourtour de l'artère méningée afin de ne pas blesser la dure-mère en ce point. De petits tampons de coton sont introduits dans le trou petit-rond afin d'assurer l'hémostase.

Il peut être utile pour favoriser cette section, d'abattre d'un petit coup de ciseau, l'épine osseuse qui masque quelquefois le trou petit-rond.

Dans un 4^e temps, le toit du cavum de Meckel est incisé au contact même du nerf maxillaire inférieur et, en suivant le bord postérieur du ganglion de Gasser, la dure-mère est progressivement décollée jusqu'au niveau du bord supérieur du rocher. Au cours de cette manœuvre, il est capital, en suivant le bord postérieur du ganglion, d'éviter tout traumatisme de ce dernier. De même, il importe de ménager les nerfs pétreux.

Dans un 5^e temps, le cul de sac arachnoïdien, qui entoure la racine du trijumeau, est incisé et les fibres nerveuses de la racine sont soulevées par un crochet mousse le plus loin possible en arrière, afin d'arracher les fibres nerveuses au ras de leur émergence protubérentielle.

Dans un 6^e temps, l'hémostase des muscles et de la peau est vérifiée avec soin. Les fibres du temporal qui ont été écartées sont rapprochées par des points de sutures.

Quant au cuir chevelu, il est suturé en 2 plans suivant la méthode de CUSHING.

D'une part, le plan profond est constitué par une

série de points qui rapprochent l'aponévrose épicro-nienne, d'autre part, lorsque ces sutures sont faites, les deux lèvres de l'incision cutanée sont en contact et il suffit de placer 2 ou 3 points superficiels pour obtenir une cicatrice parfaite.

Un court drainage est institué au moyen d'une petite mèche pendant 24 heures.

Après avoir eu recours dans les premières interventions à une anesthésie par lavements d'éther, systématiquement par la suite nous avons utilisé l'anesthésie locale.

Deux injections de 1 cgr de morphine sont par ailleurs prescrites, l'une de ces injections étant faite 6 heures, l'autre une heure avant le début de l'intervention.

Les valves éclairantes de FRAZIER sont extrêmement utiles. D'autre part, à condition d'avoir recours à un bon aspirateur, il ne semble pas nécessaire d'opérer le malade en position assise. La durée moyenne des interventions a été de 2 heures.

SUITES OPERATOIRES IMMEDIATES

Dans les cas que nous avons étudiés, les suites opératoires immédiates furent normales dans 20 cas, cependant nos malades se trouvaient souvent dans de très mauvaises conditions au moment de l'intervention. La plupart étaient déjà, comme nous l'avons indiqué, d'un âge avancé. Deux d'entre eux présentaient une cardiopathie grave (Obs. n° 10 et 18) et une autre était traitée pour un diabète sévère, par des injections quotidiennes d'insuline (Obs. n° 1). Malgré ces circonstances défavorables, nous n'avons à signaler qu'une seule mort (Obs. n° 20). Il s'agissait d'un malade qui, n'ayant pu s'alimenter depuis des semaines, présentait un état véritablement cachectique. En réalité, nous pensons qu'aujourd'hui, il serait possible d'éviter cet échec. En effet, ce malade fut opéré sous anesthésie rectale à l'éther et c'est une narcose trop profonde qui fut la cause de sa mort. En raison de cet insuccès, l'emploi de l'anesthésie rectale à l'éther a été définitivement rejeté par la suite chez les autres malades, pour ne recourir qu'à l'anesthésie locale. Malgré les objections formulées par certains auteurs (CLOVIS VINCENT), celle-ci nous a semblé infiniment préférable dans les cas qui font l'objet de ce travail. Certes l'arrache-

ment de la racine est douloureuse, mais ces malades ont déjà tant souffert qu'il s'agit là d'un inconvénient sans importance. Par contre, grâce aux interventions sous anesthésie locale, l'hémostase est plus facile et le shock opératoire devient absolument nul. Ainsi plusieurs malades, l'opération terminée, ont aidé eux mêmes à faire leur pansement. Le dernier opéré, deux heures après l'intervention réclamait son déjeuner et dès le lendemain il se promenait dans les couloirs de l'hôpital.

D'autre part, parmi les petits incidents que nous avons observés chez quelques malades, signalons des poussées herpétiques qui se sont produites dans le territoire innervé par le trijumeau. Nous trouvons ces incidents dans les observations n° 1, 7, 9, 11, 17 et 19.

Dans l'obs. n° 7, l'éruption s'est faite dans le territoire du M. I.

Dans l'obs. n° 9, dans le territoire du M. S.

Dans les obs. n°s 17 et 19, dans le territoire du M. S. et du M. I.

Ces poussées herpétiques posent un problème intéressant. Sont-elles en rapport avec un traumatisme du ganglion de Gasser ?

S'il en était ainsi, elles seraient en tous points comparables aux vésicules herpétiques qui s'observent dans un zona. Il est d'ailleurs à noter que dans aucune de nos observations l'herpès ne s'est observé au niveau de l'O. mais au niveau du M. S. et du M. I. Dans tous nos cas, il s'agit de poussées transitoires sans conséquences.

ROBINEAU, dans son article sur la bénignité de la neurotomie rétro-gassérienne, dit que « la paralysie du M. O. E. est rare (1/2 à 1 %) et transitoire, la cause en est inconnue et l'on ne peut actuellement prendre de précaution spéciale pour la prévenir ». Nous l'avons observé dans un cas (Obs. n  17). Notre malade a présenté dans les premiers jours, de la diplopie et une paralysie du M. O. E. Puis au bout de huit jours, il y eut disparition de la diplopie, mais persistance de la paralysie. Le malade est revu 2 ans après, la paralysie avait disparu. Il est probable que cette paralysie fut en rapport avec un traumatisme opératoire du M. O. E. qui chemine dans le voisinage de la racine sensitive du trijumeau.

Signalons par ailleurs que trois malades ont fait des épistaxis, une autre, une petite hémorrhagie par l'oreille dans les mois qui ont suivis l'intervention. ROBINEAU dit à ce sujet que « la possibilité d'infiltrations sanguines dans les canaux osseux est démontrée par l'apparition, très rare d'ailleurs de sang dans l'oreille moyenne : il ne peut y parvenir que par les cellules osseuses en communication avec la mastoïde; et il provoque des troubles subjectifs de l'audition fort désagréables mais de courte durée ». Ces hémorrhagies sont vraisemblablement en rapport avec des troubles trophiques au niveau de la zone innervée. Leur apparition tardive semblerait l'indiquer. D'ailleurs dans l'obs. n  1, nous avons pu observer une petite ulcération au niveau de la face interne de la joue.

La kératite est parmi les complications plus importantes qu'on peut reprocher à la voie temporale.

Dans les cas que nous étudions, un seul malade a fait une kératite (Obs. n° 5). Dans cette observation, le ganglion de Gasser avait été lésé par suite de l'emploi d'un décolle dure-mère traumatisant qui fut vraisemblablement responsable de la kératite. Cette kératite a été observée au bout de 17 jours, mais quand nous avons revu le malade 4 ans après l'intervention, elle avait complètement disparu. Ce cas est resté isolé, et chez les autres malades, non seulement il n'y a pas eu de complications oculaires, mais aucune précaution spéciale n'a été prise, ni bains d'yeux, ni port de lunettes protectrices.

HARTMANN, dans sa thèse signale 30 kératites pour 61 cas opérés. SICARD, 9 pour 67 cas opérés. PETIT-DUTAILLIS, pour 25 ans opérés par voie postérieure, signale 1 kératite. Il est vrai qu'il y avait eu dans ce dernier cas ablation d'une tumeur et traumatisme du facial.

Quoi qu'il en soit, par voie temporale, et notre statistique le prouve, il est possible d'éviter la kératite à condition de prendre certaines précautions au cours de l'intervention. Dans nos cas, s'il n'y a pas eu de kératite, nous pensons que c'est parce que systématiquement la racine fut sectionnée très en arrière. D'autre part et surtout nous avons toujours soigneusement évité de traumatiser le ganglion. Enfin lorsque la névralgie n'occupait pas le territoire de l'O. quelques fibres nerveuses répondant à ce nerf furent le plus souvent ménagés au niveau de la racine.

RESULTATS A DISTANCE

Les résultats que nous avons observés à distance ont été extrêmement satisfaisants et les succès obtenus par l'intervention chirurgicale sont indiscutablement parmi les plus impressionnants de la chirurgie. En effet, la neurotomie rétro-gassérienne a été pour ces différents malades le point de départ d'une véritable résurrection. L'alimentation est redevenue normale et ces opérés ont été définitivement guéris de leurs horribles souffrances. La plupart n'ont manifesté qu'un regret, à savoir celui de n'avoir été opérés plus précocement.

Nous avons examiné plusieurs opérés à une période déjà très distante de l'intervention, ainsi dans l'obs. n° 21 la neurotomie date de 10 ans, dans l'obs. n° 4, elle date de 7 ans, dans les obs. n° 13 et 14, elle date de 6 ans, dans les obs. n° 5, 8, 10, 12, elle date de 4 ans.

3 malades sont morts d'affections diverses, dans les années qui ont suivi l'opération. Ils n'avaient plus jamais souffert de crises douloureuses dans la sphère du trijumeau. Dans tous les cas, nous avons pu examiner les opérés ou avoir de leurs nouvelles.

1°) *Disparition des crises douloureuses.*

Chez tous les opérés les douleurs ont complètement disparu. Quelquefois certains d'entre eux ont présenté des sensations paresthésiques qui se sont atténuées ainsi que la crainte du retour des douleurs, sauf un cas (Obs. n° 19). Chez cette malade, après une première neurotomie, les crises douloureuses se reproduisirent après 6 mois, dans le territoire du M. S. Une nouvelle intervention permit de sectionner quelques fibres nerveuses qui avaient dû échapper à la section en voulant ménager la racine motrice. A la suite de cette 2° neurotomie, la guérison fut définitive.

La reconnaissance de nos malades, du fait de la disparition de leur souffrance est très grande.

Tous signalent être entièrement délivrés de leurs névralgies ou ne plus en souffrir. Une malade écrit qu'elle est « bien heureuse d'être guérie après avoir tant souffert au point d'en être désespérée ». Une autre est « heureuse maintenant de ne plus souffrir ». D'autres écrivent : « je vous dois la vie » et « c'est une nouvelle vie que je recommence ». Plusieurs malades avaient été poussés par leurs souffrances à des tentatives de suicide avant l'intervention et considèrent ce retour à la vie normale comme presque miraculeux.

2° *Examen de la sensibilité.*

Les troubles de la sensibilité dans le territoire du trijumeau ont été bien tolérés. Le chirurgien s'est

toujours efforcé d'arracher la racine très loin en arrière en la soulevant au niveau du bord supérieur du rocher et cela afin de provoquer la rupture des fibres au ras de leur émergence protubérentielle. A condition d'être patient et de poursuivre la dissection suffisamment en arrière, il est facile d'obtenir ce résultat. En particulier, l'incision en T du cul-de-sac arachnoïdien est très utile pour bien exposer la racine, qui, par voie temporale, peut alors être sectionnée au même niveau que par voie occipitale. Ainsi nous avons observé chez nos malades des faits semblables à ceux notés par PETIT-DUTAILLIS après section par voie occipitale. A savoir : malgré des sections complètes de la racine, simple hypoesthésie aux différents modes, prédominant sur les deux branches inférieures et non pas anesthésie totale, et par ailleurs en cas de section partielle, ménageant quelques fibres de l'ophtalmique, des troubles sensitifs encore plus discrets dans le territoire correspondant. Dans les années qui ont suivi l'intervention, le retour d'une sensibilité encore plus grande nous a enfin été souvent signalé par nos opérés. De même dans de nombreux cas, le réflexe cornéen n'a pas été supprimé ou sa suppression n'a été que transitoire.

En effet, pour appuyer ces constatations, qu'est-ce que nous notons ?

L'étude de l'anesthésie cutanée nous a montré :
de l'hypoesthésie dans le territoire du M. I. dans
5 cas (Obs. n^{os} 5, 7, 9, 14, 15).

dans le territoire du M. S. dans
3 cas (Obs. n^{os} 3, 7, 12).

dans le territoire de l'O. dans 3 cas
(Obs. n^{os} 2, 15, 21).

une sensibilité partielle dans le territoire du M. I. dans
7 cas (Obs. n^{os} 7, 9, 12, 14, 16,
17, 19).

dans le territoire du M. S. dans
4 cas (Obs. n^{os} 9, 12, 16, 19).

une sensibilité partielle ou normale dans le territoire
de l'O. dans 12 cas (Obs. n^{os} 3, 4,
5, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 19).

La plupart des malades que nous avons revus ont signalé que dans les années qui ont suivi l'opération, les troubles en rapport avec l'anesthésie s'étaient atténués et qu'une certaine sensibilité avait réapparu.

La recherche du réflexe cornéen faite sur 12 malades nous a permis de constater :

4 fois la suppression du R. C. (Obs. n^o 2-15-17-19).

2 fois sa diminution (Obs. n^o 9-12).

1 fois le retour du R. C. chez un malade revu 4 ans après l'opération (Obs. n^o 5). Il s'agissait précisément du malade qui avait présenté une kératite au cours des suites opératoires.

5 fois la conservation du R. C. (Obs. n^o 7-10-13-14-16).

3° *Troubles de la mastication.*

Dans une série de cas, la racine motrice a été sectionnée pour interrompre également les fibres sensitives qui cheminent avec elle dans 25 % des cas comme l'a indiqué SICARD, d'après ses recherches personnelles sur 42 cas.

Cette section se traduit, entre autre, par une déviation du menton du côté opposé, dans les mouvements d'abaissement de la mâchoire inférieure.

Nous avons retrouvé cette déviation dans les observations n° 2, 7, 15, 16, 17, 19.

La section de la racine motrice est sans inconvénient appréciable pour la mastication lorsque la section est unilatérale, ce qui était le cas dans toutes nos observations. La gêne est dûe surtout à l'anesthésie de la muqueuse du côté opéré, qui ne permet pas de sentir le contact des aliments, ni de les amener entre les arcades dentaires. Les opérés, peuvent en général très rapidement mastiquer à nouveau d'une façon normale.

4° *Troubles auditifs.*

Un interrogatoire méthodique nous a également permis de déceler dans certains cas une légère hypoacousie en rapport peut-être avec une paralysie du muscle du marteau. En réalité, cette perturbation auditive a été exceptionnelle et toujours transitoire.

En conclusion, nous voyons que d'excellents résultats ont été obtenus par voie temporale comme par voie occipitale.

Nous voyons un seul avantage à la voie occipitale, à savoir la possibilité de découvrir des tumeurs du recessus latéral. Certes cela est intéressant et les cas publiés par PETIT-DUTAILLIS sont suggestifs à ce point de vue. Parmi 4 cas de tumeurs, cet auteur a pu pratiquer une exérèse complète dans 2 cas, pour un cholestéatome et une tumeur de l'acoustique. Dans un 3^e cas, il a enlevé les 3/4 d'un méningiome et dans un 4^e cas, il s'agissait d'une tumeur inaccessible dont l'ablation était impossible.

Cependant, il ne s'agit là que d'un avantage très relatif de la voie occipitale. En effet lorsqu'une tumeur ne se traduit que par une névralgie faciale, il s'agit souvent d'une tumeur à évolution lente et la simple section du trijumeau est susceptible de donner un résultat comparable. D'autre part, lorsqu'il s'agit de tumeurs plus étendues, elles ne pourront être que partiellement extirpées, et cela en raison de leur siège. Enfin, par voie occipitale on ne découvre pas les tumeurs qui éventuellement pourraient siéger au niveau de l'étage moyen de la base du crâne.

Ainsi les avantages de la voie occipitale ne doivent pas faire oublier la grande bénignité de la neurotomie par voie temporale. Certes avec une bonne technique, il est possible, au cours d'une intervention par voie occipitale, d'éviter un traumatisme de l'auditif, nerf si sensible que le moindre contact instrumental suffit à déterminer une surdité plus ou moins prolongée. De même, on évitera un traumatisme du facial ou du pédoncule cérébelleux moyen. Il n'en est pas moins vrai

qu'au cours d'une neurotomie par voie postérieure le moindre accident a des conséquences plus graves. C'est pourquoi, il nous a semblé intéressant d'insister sur les excellents résultats obtenus dans une série de neurotomies rétro-gassériennes réalisées par voie temporale et utile de préciser différents points de technique qui dans la majorité des cas, font à notre avis, de cette méthode le traitement de choix de la névralgie faciale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1.

Madame Asc..., 60 ans, adressée au Docteur WELTI en Juillet 1936 par le Docteur PARAF pour névralgie faciale droite, Cette malade qui habite Las Palmas (Canaries) souffre d'une névralgie faciale essentielle.

En 1926. 10 ans avant l'intervention, à l'âge de 50 ans, la malade éprouve les premières douleurs névralgiques au niveau du maxillaire inférieur.

En 1934. Alcoolisation du trou ovale par le D^r PARAF. Rémission des douleurs pendant 2 ans.

En Juillet 1936. La névralgie réapparaît. La malade est adressée au D^r WELTI.

Juillet 1936. Examen. Névralgie faciale typique siégeant au niveau du M. I. droit. La malade est diabétique. Urines : Densité 1,030; Glucose 8,90 ‰; Acétone +++.

Dans les jours qui précèdent l'intervention on donne 2 fois par jour 15 unités d'insuline.

Intervention chirurgicale. Le 30 juillet 1936 (H. WELTI). Neurotomie rétro-gassérienne par voie temporale suivant technique classique.

Suites opératoires normales.

Herpès le 2^e jour après l'opération.

Résultats immédiats. Anesthésie des 3 branches du trijumeau.

Résultats à distance. La malade est revue en Septembre 1936. L'anesthésie persiste. La malade n'a plus eu aucune crise douloureuse et est transformée depuis l'opération.

Une petite ulcération buccale qui s'est développée au niveau de la face interne de la joue dans les jours qui ont suivi l'intervention est actuellement presque cicatrisée.

Octobre 1936. La malade quitte la France.

1938. En raison des événements nous n'avons pas pu avoir de ses nouvelles récentes.

OBSERVATION N° 2.

Madame BEN..., 54 ans, adressée au D^r WELTI en Novembre 1936 dans le service du P^r agrégé LARDENNOIS, à l'hôpital Laënnec, par le D^r PARAF, pour névralgie faciale droite.

En 1930. 6 ans auparavant, début des phénomènes douloureux dans le territoire du M. S., que la malade compare à des décharges électriques, localisées à la joue droite; douleurs en éclair de 2 à 3 secondes.

De 1930 à 1932. Les douleurs s'étendent à toute l'hémiface droite par atteinte successive de la sphère de l'O. puis du M. I.

En 1932. Les paroxysmes douloureux s'exagèrent. Avulsion de toutes les dents, tant au M. S. qu'au M. I. Aucun résultat.

En Mars 1936. La malade est traitée à l'hôpital Broussais pour sinusite maxillaire droite, sans résultat.

L'alcoolisation ne donne pas d'accalmie. Au contraire, les douleurs deviennent de plus en plus violentes.

En Novembre 1936. La malade est adressée au D^r WELTI.

Examen. Névralgie faciale typique occupant le territoire des 3 branches du trijumeau.

A noter une baisse de l'acuité visuelle qui semble avoir débuté 15 ans auparavant. Nystagmus. Champ visuel rétréci des deux yeux. Pupilles décolorées, surtout à droite. Fond de l'œil normal.

Intervention chirurgicale. Le 30 décembre 1936 (H. WELTI). Neurotomie rétro-gassérienne par voie temporale suivant technique classique.

Suites opératoires.

Réaction méningée le troisième jour, avec température à 39°.

La P. L. ramène un liquide clair.

Dès le lendemain, chute de la température à 37°5.

La malade quitte l'hôpital 16 jours après l'opération.

Résultats immédiats. Disparition de tout phénomène douloureux. Anesthésie aux 3 modes des 3 branches du trijumeau.

Réflexe cornéen aboli.

Résultats à distance. En Janvier 1938, 14 mois après l'intervention, la guérison reste complète, les douleurs ont définitivement disparu.

L'anesthésie persiste aux 3 modes sur les territoires du M. I. et du M. S.

Depuis 6 mois, léger retour de la sensibilité au niveau de l'O. Réflexe cornéen aboli.

La malade s'est habituée à mastiquer normalement, et s'alimente sans aucune gêne.

A l'ouverture de la bouche, le menton est légèrement dévié vers la droite. Quelques gonflements transitoires de la joue qui d'ailleurs tendent à disparaître.

Larmolement au froid. Salivation.

OBSERVATION N° 3.

Monsieur CLL., 72 ans, adressé au D^r WELTI, en Novembre 1937, dans le service du P^r agrégé LARDENNOIS, à l'hôpital Laënnec, par le D^r GIRAUD, de Courbevoie pour névralgie faciale droite.

En 1931. 6 ans auparavant, le malade ressent brusquement, au cours d'un repas, une douleur vive, rapide, en éclair qui, partie de l'angle de la mâchoire droite, s'irradie vers l'oreille. Ce paroxysme douloureux, de courte durée, se répète d'abord à intervalles de plus en plus rapprochés puis, disparaît. Rémission de 8 mois.

En Avril 1932. Nouvelles crises, provoquées par la mastication ou la parole.

Accalmie de 7 mois durant laquelle le malade accuse une surdité droite.

En Novembre 1932. Dès le lendemain de la disparition de cette surdité, les douleurs réapparaissent, toujours localisées sur le territoire du M. I.

Intervention pour ostéite d'origine dentaire qui soulage momentanément le malade.

De 1932 à 1934. Malgré 3 autres interventions sur le maxillaire inférieur, la névralgie revient avec toute son acuité.

En 1934. Alcoolisation (D^r DUVAL) à la troisième piqûre, toute douleur disparaît.

Rémission de 18 mois.

En Novembre 1936. Nouvelle phase douloureuse et nouvelle séance d'alcoolisation. A la quatrième piqûre, rémission qui durera 1 an.

En Octobre 1937. Récidive. Douleurs particulièrement intenses. Le D^r GIRAUD adresse le malade au D^r WELTI.

— *Examen.* Névralgie faciale typique occupant le territoire du M. I. (crises avec déclenchement par irritation périphérique. (D^r PARAF).

Intervention chirurgicale. Le 10 décembre 1937 (H. WELTI). Neurotomie rétro-gassérienne par voie temporale suivant technique classique. Les fibres de l'O. sont respectées.

Suites opératoires normales.

Résultats immédiats. Disparition des douleurs.

Anesthésie aux 3 modes, totale sur le territoire du M. I. et partielle sur le territoire du M. S. Mastication difficile.

Résultats à distance. En Mai 1938, le malade écrit que son état est très satisfaisant. La guérison se maintient complète, aucune crise douloureuse depuis l'opération.

OBSERVATION N° 4.

Monsieur DÉCH..., 26 ans, adressé au D^r WELTI à la clinique d'Asnières par le D^r LEMONNIER, de Roanne, *en Juin 1931*, pour névralgie faciale gauche.

En 1919. Résection de la cloison nasale à la suite d'une chute sur le nez.

En 1926. A l'âge de 21 ans, 5 ans avant l'intervention, dé-

but des douleurs. Crises localisées à gauche, dans la sphère du M. S.

En 1929. Nouveaux paroxysmes douloureux, au cours desquels l'œil pleure, rougit, se congestionne. La douleur part de l'arcade dentaire supérieure gauche, monte vers l'œil sans atteindre l'arcade sourcilière ni la région frontale.

En 1930. L'alcoolisation procure une amélioration de 6 mois.

En Juin 1931. Reprise des douleurs. L'alcoolisation de nouveau tentée reste inefficace. Le malade est adressé au D^r WELTI.

— *Examen*, 28 juin 1931. Le malade en crise constante, présente un œdème de la joue gauche, avec anesthésie de cette région. Névralgie faciale typique, territoire du M. S. Les paroxysmes sont déclenchés par le moindre attouchement de la voûte palatine, lors de la mastication et de l'élocution.

Intervention chirurgicale. Décembre 1931. (H. WELTI). Neurotomie rétro-gassérienne par voie temporale suivant technique classique.

En raison d'importantes hémorragies veineuses il est impossible de sectionner la racine du trijumeau. On sectionne alors le nerf maxillaire inférieur au trou ovale, le maxillaire supérieur au trou grand rond. Afin d'éviter toute régénération nerveuse on oblitère les trous ovale et grand rond par de petits tampons de coton.

Suites opératoires normales.

Résultats immédiats. Disparition complète des douleurs, anesthésie aux 3 modes sur les territoires du M. S. et du M. I. gauches.

Gêne de la mastication.

Hypoacousie gauche. Quelques petites hémorragies nasales.

Résultats à distance. Les douleurs sont complètement disparues. Le malade écrit pour témoigner sa reconnaissance.

En 1935, quelques phénomènes paresthésiques au niveau de l'O. respecté lors de l'opération.

Anesthésie aux 3 modes dans la sphère du M. S. et du

M. I. gauches. Impressions paresthésiques, rapidement calmées d'ailleurs, dans la portion antérieure de la voûte palatine.

OBSERVATION N° 5.

Monsieur GOU..., 48 ans, adressé au D^r WELTI en *Juillet 1934*, dans le service du P^r PROUST, à l'hôpital Laënnec, par le D^r PARAF, pour névralgie faciale gauche.

En 1930. A l'âge de 44 ans (4 ans avant l'intervention) le malade ressent brusquement, un matin, sans raison, de vives douleurs au niveau de la gencive inférieure gauche. Douleurs rapides, en coups d'aiguille, durant quelques secondes, mais laissant l'anxiété de leur retour, du fait de leur acuité. Au début, ces douleurs s'accompagnent d'un léger gonflement mentonnier gauche, mais cet état dure peu. L'ablation d'une prémolaire cariée ne procure aucun soulagement. Les paroxysmes douloureux s'exagèrent, deviennent de plus en plus fréquents et prolongés. Le malade localise sa douleur à tout le maxillaire inférieur, zone mentonnière et branche montante. L'alimentation et la parole deviennent impossibles.

En Septembre 1933. Alcoolisation : rémission d'un mois.

En Juin 1934. La névralgie est plus violente et envahit la lèvre supérieure et la joue gauche. L'alcoolisation par le D^r PARAF (M. I. et M. S.) permet une amélioration passagère d'un mois.

En Juillet 1934. Nouveaux paroxysmes, occupant le territoire du M. I. et du M. S. Le malade est adressé au D^r WELTI.

Examen, Août 1934. Malade en bon état général. Acuité visuelle légèrement diminuée à gauche.

Arthrite déformante de la hanche gauche depuis 1920. Tension artérielle 7 1/2 — 14 (Vaquez).

Névralgie faciale typique du M. I. et du M. S. gauches.

Intervention chirurgicale. Le 8 août 1934 (H. WELTI). Neurotomie rétrogassérienne par voie temporale suivant technique classique.

Pour lier la méningée moyenne, résection au ciseau et au marteau de l'épine osseuse qui masque le trou petit-rond.

Suites opératoires. Normales, mais kératite neuroparalytique de l'œil gauche le 24 août 1934.

Résultats immédiats. Disparition des douleurs et anesthésie aux 3 modes dans les territoires du M. I., du M. S. et de l'O. Mastication difficile.

Réflexe cornéen aboli.

Résultats à distance. 7 février 1938, le malade n'a plus jamais souffert. L'anesthésie aux 3 modes persiste dans la sphère du M. S. Hypoesthésie dans la sphère du M. I.

La sensibilité est revenue au niveau de l'O.

Retour du réflexe cornéen.

La mastication est encore un peu gênée. Légère salivation. La kératite a laissé une petite taie du cadran inféro-interne de l'œil gauche.

Sensations parasthésiques d'endolorissement constant de la joue gauche avec sensibilité particulière au froid. Ces phénomènes subjectifs ne s'accompagnent jamais de douleur vraie.

A signaler chez ce malade l'apparition d'un érysipèle de la joue gauche *deux ans et demi après l'opération.*

OBSERVATION N° 6.

Monsieur GOUV..., 71 ans, adressé au D^r WELTI en Novembre 1934, dans le service du P^r PROUST, à l'hôpital Laënnec, par le D^r PARAF, pour névralgie faciale droite.

En 1908. A l'âge de 45 ans, le malade éprouve de violentes douleurs localisées à la région frontale droite. Une vingtaine d'alcoolisations pratiquées par le P^r SICARD donnent une rémission complète durant 25 ans.

En Janvier 1933. Nouvelles crises douloureuses. Alcoolisation par le D^r PARAF. Rémission de 18 mois.

En Juin 1934. Récidive avec atteinte supplémentaire de la zone du M. S. Différentes tentatives d'alcoolisations sont inefficaces.

En Novembre 1934. Les douleurs sont continues avec paroxysmes de 3 à 4 minutes. Le malade est adressé au Docteur WELTI.

— *Examen. Novembre 1934.* Névralgie faciale typique occupant les territoires de l'O. et du M. S. droits. Malade en mauvais état général. L'alimentation est impossible. La muqueuse buccale est tuméfiée, recouverte de sécrétions malodorantes. La peau de la face, par manque d'hygiène, le moindre attouchement provoquant en effet d'atroces douleurs), présente des croûtes d'infection épidermique. La commissure labiale droite est tombante, laissant écouler la salive.

Diminution de l'acuité auditive droite. Œil droit demi fermé.

Urée sanguine : 0,89. Temps de coagulation : 4'4. Temps de saignement : 3'.

Intervention chirurgicale. Le 17 novembre 1934. (H. WELTI. Neurotomie rétro-gassérienne par voie temporale suivant technique classique.

Suites opératoires. Pendant les premiers jours, état fébrile, 38°5 – 39° avec légère infection cutanée de la plaie opératoire. Dès le sixième jour, la température descend et le malade quitte l'hôpital le 10 décembre 1934.

Résultats immédiats. Disparition des douleurs. Anesthésie aux 3 modes dans les territoires des 3 branches du trijumeau.

Mastication gênée.

Au début de *Janvier 1935*, le malade meurt brusquement dans des circonstances qui n'ont pû être précisées.

OBSERVATION N° 7.

Madame GRAND..., 69 ans, adressée en Décembre 1937 au D^r WELTI, dans le service du P^r agrégé LARDENNOIS, à l'hôpital Laënnec, par le D^r PARAF, pour névralgie faciale droite.

En 1933. 4 ans avant l'intervention, à l'âge de 65 ans, la malade éprouve les premières douleurs névralgiques au ni-

veau de la joue droite. Douze séances de rayons X permettent une rémission de 8 mois.

En 1934. Récidive calmée par 6 séances d'ionisation à l'aconitine.

En 1935. Reprise des douleurs. L'ionisation et les ondes courtes sont inefficaces.

En 1936. Alcoolisation par le D^r PARAF. Amélioration pendant 1 an.

En Juin 1937. Nouveau paroxysme douloureux calmé par une alcoolisation. Rémission de 5 mois.

En Décembre 1937. La névralgie réapparaît avec violence, non seulement sur la zone primitivement atteinte du M. S. mais encore dans la sphère du M. I. La malade est adressée au D^r WELTI.

Décembre 1937. — Examen. Névralgie faciale typique occupant les territoires du M. S. et du M. I. droits. Depuis les piqûres d'alcool, la malade présente une anesthésie cutanée de l'hémiface droite. Mastication difficile provoquant des paroxysmes douloureux. Tension 12—22 (Vaquez).

Intervention chirurgicale. Le 29 décembre 1937 (H. WELTI). Neurotomie rétro-gassérienne par voie temporale suivant technique classique.

Suites opératoires normales. Herpès temporaire au niveau du M. I.

Résultats immédiats. Disparition des douleurs.

Anesthésie aux 3 modes dans la sphère du M. I. et du M. S., cloison nasale exceptée. Audition diminuée à droite durant 1 mois. Difficulté de la mastication.

Résultats à distance. Revue le 2 mai 1938, la malade heureuse des résultats obtenus n'a plus jamais souffert.

Tension artérielle 11—19.

Sensibilité normale dans le territoire de l'O. Hyperesthésie aux trois modes au niveau du M. S. Sensibilité tactile et à une piqûre, hypoesthésie thermique dans le territoire du M. I. à l'exception du menton où il y a anesthésie aux trois modes. Léger retour de la sensibilité au niveau de la lèvre supérieure.

La mastication est possible, la malade mange du côté gauche.

A l'ouverture de la bouche, le menton est dévié vers la droite. Sensations paresthésiques depuis 1 mois au niveau du menton. Impression de gonflement de la joue droite avec phénomènes vaso-moteurs (rougeur et chaleur).

Réflexe cornéen conservé.

L'audition droite est revenue.

A noter dans cette observation l'intégrité de la sphère de l'O. après l'intervention.

OBSERVATION N° 8.

Madame GRE..., 62 ans, adressée en *Avril 1934* au D^r WELTI, dans le service du P^r PROUST, à l'hôpital Laënnec, par le D^r PARAF, pour névralgie faciale gauche.

En 1926. 8 ans avant l'intervention, à l'âge de 54 ans, la malade ressent les premières crises. La douleur occupe le territoire du M. S. gauche. Elle se manifeste par une impression de décharges électriques au niveau de la voûte palatine, mais son maximum d'intensité est localisé à la pommette. Au cours des paroxysmes douloureux, la face présente des trémulations musculaires à type spasmodique, avec rougeur par vaso-dilatation cutanée. L'avulsion des dents supérieures ne procure aucun soulagement.

De 1926 à 1934. Plus ou moins longues périodes de rémission passagère à la suite d'alcoolisations.

En 1934. Echec des piqûres d'alcool. Les douleurs sont atroces. La malade tente même de se suicider. Elle est adressée au D^r WELTI.

Avril 1934. — Examen. Névralgie faciale typique occupant le territoire du M. S. gauche. Hyperesthésie cutanée de toute la joue de ce côté.

Intervention chirurgicale. Le 24 avril 1934 (H. WELTI). Neurotomie rétro-gassérienne par voie temporale suivant technique classique.

Suites opératoires normales.

Résultats immédiats. Disparition des douleurs. Anesthésie aux 3 modes des 3 branches du trijumeau. La mastication est difficile. Salivation.

Résultats à distance. En Janvier 1935, la malade écrit pour assurer de sa complète guérison. Elle insiste particulièrement sur son parfait état de santé.

Convoquée en Mars 1938, la malade qui habite la province, préfère nous écrire. La guérison se maintient intégrale.

OBSERVATION N° 9.

Madame LAG..., 74 ans, adressée en *Mars 1936* au D^r WELTI, dans le service du P^e agrégé LARDENNOIS, à l'hôpital Laënnec par le D^r PARAF, pour névralgie faciale droite.

En 1926. 10 ans auparavant, à l'âge de 64 ans, apparition des premières douleurs au niveau de l'arcade sourcilière droite.

En 1933. Les douleurs deviennent plus fréquentes et plus violentes. Elles sont provoquées par le moindre frôlement ou par la mastication. Plusieurs alcoolisations et 14 séances de rayons X restent sans résultat.

En 1936. Les paroxysmes douloureux sont atroces, la malade pense au suicide. Elle est adressée au D^r WELTI.

Mars 1936. — Examen. Malade en bon état général. Tension 10—19 (Vaquez). Névralgie faciale typique occupant le territoire de l'O. droit.

Intervention chirurgicale. Le 7 avril 1936 (H. WELTI). Neurotomie rétro-gassérienne par voie temporale suivant technique classique. Pour lier la méningée moyenne, résection au ciseau et au marteau de l'épine osseuse qui masque le trou petit rond.

Suites opératoires normales. Herpès nasal droit sans réaction fébrile. Sortie de l'hôpital le 17 avril. Apparition le 22 avril d'un érysipèle droit.

Résultats immédiats. Disparition des douleurs. Anesthésie aux 3 modes dans la sphère des 3 branches du trijumeau.

Mastication et phonation gênée avec salivation.

Résultats à distance. La malade est revue le 7 février 1938, deux ans après l'opération. Elle n'a plus jamais souffert et se montre très satisfaite de l'intervention qu'elle a subie.

Retour de la sensibilité cutanée, depuis 6 mois, au niveau du M. S. et de l'O. Mais si la sensibilité est normale dans la sphère de l'O., elle n'est pas encore égale à celle du côté opposé en ce qui concerne le M. S.

Dans le territoire du M. I. — Sensibilité au frôlement. Hypoesthésie thermique. Anesthésie à la piqure.

Au niveau des muqueuses. — Hypoesthésie de la voûte palatine et de la fosse nasale à droite.

Le réflexe cornéen est paresseux des deux côtés.

La malade s'est maintenant habituée à mastiquer presque normalement.

Sensations paresthésiques : fourmillements, picotements non douloureux au niveau de la langue et de la face interne de la joue. Parfois gonflement de la joue droite. A ce niveau, la malade redoute le froid et le vent.

A signaler une sécheresse du nez qui tend d'ailleurs à s'améliorer.

OBSERVATION N° 10.

Madame MAN..., 70 ans est adressée au D^r WELTI à la clinique d'Asnières, par le D^r PARAF, en *Octobre 1934*, pour névralgie faciale gauche.

En 1909, 25 ans avant l'intervention, à l'âge de 45 ans, apparition brusque de douleurs en éclair au niveau du M. S.

En 1911. Crise particulièrement violente et prolongée avec atteinte supplémentaire de l'O. Le P^r SICARD pratique des piqûres d'alcool qui donnent une rémission de 3 ans.

En 1914. Nouvelle crise au niveau de l'O. — P. L. par le P^r SICARD. Alcoolisation du trou sus-orbitaire (P^r SICARD). Rémission de 7 ans. La malade à cette époque est opérée d'un goître par le D^r LENORMAND.

En 1921. Crise calmée par alcoolisation. Accalmie de 6 ans.

En 1927. Crise calmée par alcoolisation. Nouvelle accalmie de 6 ans.

En 1933. L'alcoolisation (D^r PARAF) donne un soulagement d'un an.

Depuis le début de l'affection, un état douloureux permanent de l'arcade dentaire supérieure gauche n'a pu être jugulé. Les piqûres d'alcool n'agissaient en effet que sur le paroxysme, sur la crise elle-même. Par ailleurs, leur efficacité n'était pas immédiate et plusieurs jours séparaient régulièrement l'alcoolisation de l'accalmie consécutive.

En 1934. La malade est adressée au D^r WELTI.

Examen. Bon état général. Pouls à 65. Tension 12—13 (Vaquez). Urine alcaline avec traces indosables d'albumine. Névralgie faciale typique occupant le territoire du M. S. avec extension à l'O. Déviation vers la gauche, de la bouche et de la langue. Hyperesthésie cutanée de la joue gauche dont le frôlement détermine des douleurs.

Intervention chirurgicale. Le 22 octobre 1934 (H. WELTI). Neurotomie rétro-gassérienne par voie temporale suivant technique classique.

Suites opératoires normales.

Résultats immédiats. Anesthésie totale sur le territoire des 3 branches du trijumeau.

Réflexe cornéen conservé.

Mastication gênée.

3 jours après l'intervention, crises douloureuses très vives au niveau de toute l'hémiface gauche, ces crises durent plusieurs jours. Puis, rémission et cessation de tout phénomène douloureux.

Le 31 décembre 1934 Aucune crise depuis l'intervention.

Résultats à distance. En 1937, le D^r PARAF qui a reçu des nouvelles de la malade, nous apprend que la guérison se maintient totale.

Remarque. Dans cette observation, la section de la racine ne donna pas une cessation immédiate des douleurs. Comme après les alcoolisations, la rémission se fit attendre plusieurs jours.

OBSERVATION N° 11.

Mademoiselle PESS..., 36 ans, adressée au D^r WELTI *en Mars 1936*, dans le service du P^r agrégé LARDENNOIS, à l'hôpital Laënnec, pour névralgie faciale droite.

En 1921. A l'âge de 21 ans, 15 ans avant l'intervention, la malade commence à éprouver des douleurs intermittentes dans l'hémiface droite.

En Novembre 1935. Apparition des grandes crises douloureuses paroxystiques, interdisant tout mouvement de la bouche et empêchant l'alimentation. Ces crises durent une journée entière et sont localisées à droite, au menton et à la joue. Après l'accalmie, un endolorissement de la région persiste avec hyperesthésie cutanée.

En Février 1936. Dernière grande crise avant l'intervention. Depuis 1929, alcoolisation une fois par an, donnant une rémission de 2 à 3 mois. Deux dernières piqûres pratiquées en Janvier 1936 sont restées sans résultat.

Mars 1936. La malade est adressée au D^r WELTI.

— *Examen.* Névralgie faciale typique occupant le territoire du M. S. et du M. I.

Bon état général. Urée sanguine 0,25.

Hyperesthésie cutanée réveillant la douleur au moindre frôlement. A noter que l'état douloureux paroxystique ou permanent s'atténue 2 ou 3 jours avant les règles, pour disparaître presque totalement durant celles-ci.

Intervention chirurgicale. Le 9 avril 1936 (H. WELTI). Neurotomie rétro-gassérienne par voie temporale suivant technique classique.

Suites opératoires normales. Herpès de la joue et du menton.

Résultats immédiats. Disparition des douleurs. Anesthésie cutanée aux 3 modes sur le territoire du M. I. et du M. S.

Résultats à distance. En Décembre 1936, la malade nous écrit qu'elle n'a plus souffert depuis l'opération et qu'elle est heureuse de sa guérison.

Convoquée en Mai 1938, la malade qui habite la province nous écrit que sa guérison se maintient complète.

OBSERVATION N° 12.

Madame PIC..., 64 ans, est adressée en Mars 1934 au Docteur WELTI, dans le service du P^r PROUST, à l'hôpital Laënnec, par le D^r PÁRAF, pour névralgie faciale droite.

En 1914. A l'âge de 35 ans, 29 ans avant l'intervention, apparition de vives douleurs sur le trajet du M. I. à la suite de l'extraction d'une molaire droite. Les crises se répètent durant 15 jours, pour cesser complètement pendant 3 mois.

En 1919. Paroxysmes douloureux plus intenses et plus nombreux. Deux essais d'alcoolisation (P^r SICARD) restent sans résultat.

En 1927. L'alcoolisation (P^r SICARD) permet une rémission de 5 ans.

En 1932. Les crises réapparaissent et deviennent subintrantes. 8 piqûres d'alcool sont inefficaces. Tout mouvement de la bouche déclenche l'accès douloureux qui s'accompagne de phénomènes vaso-moteurs (rougeurs, sudation) au niveau de la joue droite.

En Mars 1934. La malade est adressée au D^r WELTI.

— *Examen.* Névralgie faciale typique occupant le territoire du M. I. droit. La pression au devant du tragus réveille la douleur. Les crises présentent depuis peu de temps des irradiations douloureuses vers les régions pariétale et occipitale et vers l'œil. Tension artérielle 7—15 (Vaquez).

Intervention chirurgicale. Le 28 mars 1934 (H. WELTI). Neurotomie rétro-gassérienne par voie temporale suivant technique classique.

Suites opératoires normales.

Résultats immédiats. Disparition des douleurs.

Anesthésie aux 3 modes dans les territoires du M. I. et du M. S. droits. Hypoesthésie dans la sphère de l'O.

La mastication est difficile.

Résultats à distance. 31 janvier 1938, la guérison se maintient. La malade n'a plus jamais accusé la moindre douleur depuis l'opération, pratiquée 4 ans auparavant.

Retour de la sensibilité au niveau du M. S. sauf au ni-

veau de la pommette et du M. I. sauf au niveau du menton.

Sensibilité normale au niveau de l'O.

Réflexe cornéen diminué.

La gêne à la mastication a très rapidement disparu.

A l'ouverture de la bouche, déviation du menton vers la droite. Le froid et le vent provoquent des sensations paréthésiques de la joue droite.

OBSERVATION N° 13.

Mademoiselle PRE..., 48 ans. Adressée au D^r WELTI en Janvier 1932 à la maison de santé d'Asnières, par le D^r PARAF, pour névralgie faciale droite.

En 1917. 15 ans auparavant, la malade habituellement exposée au grand froid du fait de sa profession, ressent les premières douleurs au niveau de la joue et de la gencive droites. Quelque temps après, un soir, la douleur est si violente que la malade pousse de grands cris qui font accourir les voisins. L'avulsion de dents ne procure aucune amélioration. Un traitement électrique reste également sans résultat.

Les douleurs persistent jusqu'en 1921, localisées au territoire du M. S.

De 1921 à 1926. Durant 5 ans, aucune crise.

En Mai 1926. A la suite d'un deuil, nouveau paroxysme douloureux. Traitement électrique sans résultat.

En Décembre 1927. Après une forte émotion (grand incendie) reprise des douleurs sans forte crise. Toutefois, la malade éprouve de la difficulté à parler et à mastiquer.

En Janvier 1928. Paroxysmes douloureux, extrêmement violents durant 6 semaines. La malade doit s'aliter. L'alimentation devient impossible. Les douleurs sont localisées à l'oreille et à la lèvre supérieures droites.

En Décembre 1930. Nouvelle crise au niveau du front. Le D^r PARAF alcoolise le nerf sus-orbitaire. Dès cette époque, disparition des douleurs frontales.

En Juin 1931. Les crises douloureuses réapparaissent dans

le territoire du M. S. Alimentation impossible : lavements alimentaires, Alcoolisation sans résultat.

En Janvier 1932. Nouvelle crise, la malade est adressée au D^r WELTI sur le conseil d'une ancienne opérée.

18 janvier 1932. — Examen. Névralgie faciale typique occupant le territoire du M. S.

Etat déplorable de la bouche et des téguments. La malade ne peut prendre aucun soin d'hygiène.

Intervention chirurgicale. 21 janvier 1932. (H. WELTI). Neurotomie rétro-gassérienne par voie temporale suivant technique classique.

Suites opératoires normales.

Résultats immédiats. Disparition de tout élément douloureux. Anesthésie dans la sphère du M. S. et du M. I. Sensibilité conservée dans le territoire de l'O.

Réflexe cornéen conservé.

Résultats à distance. En 1935, 3 ans après l'opération, l'anesthésie persiste complète, dans la sphère du M. S. et du M. I. Il existe quelques poussées congestives vaso-motrices de l'hémiface droite avec quelques troubles paresthésiques.

En Janvier 1938. La guérison se maintient totale. Les phénomènes douloureux ont définitivement disparu depuis l'intervention. La malade, habitant la province, n'a pu se déplacer pour nous permettre de contrôler l'état actuel.

OBSERVATION N° 14.

Madame REGN..., 43 ans, adressée au D^r WELTI à la clinique d'Asnières, en *Septembre 1932*, pour névralgie faciale droite.

En 1931. A 42 ans, 1 an avant l'opération, la malade accuse sa première crise douloureuse à la suite de l'avulsion d'une canine supérieure droite, compliquée d'hémorragie. L'arrêt de cet accident d'extraction coïncide avec l'apparition de la névralgie.

7 à 8 mois après, alcoolisation par le P^r SICARD, rémission de 3 mois.

En 1932. Les crises sont plus fréquentes et plus violentes. L'alcoolisation est inefficace. La sphère de l'O. est atteinte. La malade souffre atrocement et tente même de se suicider. Elle est adressée au D^r WELTI.

— *Examen.* Névralgie faciale typique occupant le territoire du M. S. et de l'O. La parole et la mastication sont gênées, tout mouvement de la bouche détermine un accès douloureux.

Intervention chirurgicale. Le 20 septembre 1932 (H. WELTI). Neurotonomie rétro-gassérienne par voie temporale suivant technique classique.

Suites opératoires normales.

Résultats immédiats. Disparition des douleurs, anesthésie totale sur le territoire des 3 branches du trijumeau.

Hyperacousie durant 3 mois.

Gêne de la mastication.

Résultats à distance. En Mai 1938, la malade heureuse des résultats de son opération, n'accuse plus la moindre douleur. L'anesthésie reste totale au niveau du M. S. Par contre, la sensibilité est revenue au niveau de l'O. et tend à se rétablir sur le territoire du M. I.

Sensation paresthésique d'enflure de la joue droite avec impression de chaleur.

En outre, la malade redoute le froid vif sur l'hémiface droite (simple phénomène paresthésique sans douleur).

Réflexe cornéen conservé.

OBSERVATION N° 15.

Madame SCH..., 62 ans, adressée au D^r WELTI dans le Service du P^r agrégé LARDENNOIS, à l'hôpital Laënnec, en *Avril 1937*, par le D^r PARAF, pour névralgie faciale droite.

En 1930. A 55 ans, 7 ans avant l'intervention, la malade accuse brusquement une vive douleur de la pommette droite

qui dure 3 heures. Durant 14 mois, les crises se répètent à intervalles irréguliers.

En 1931. Deux alcoolisations (D^r PARAF) procurent une rémission d'un an.

En 1932. Nouvelles piqûres d'alcool, rémission de 6 mois.

En 1936. Traitements divers, aucune amélioration.

En Juillet, présence de sucre et d'albumine dans les urines.

Extension de la névralgie à la zone de l'O.

En Octobre, alcoolisation sans résultat.

En 1937. La malade est adressée au D^r WELTI.

— *Examen.* Névralgie faciale typique occupant le territoire du M. S. et de l'O. Tension 10—18 (Vaquez).

Intervention chirurgicale. 22 avril 1937 (H. WELTI). Neutrotomie rétro-gassérienne par voie temporale suivant technique classique.

Suites opératoires normales.

Résultats immédiats. Disparition des douleurs.

Anesthésie aux 3 modes sur le territoire des 3 branches du trijumeau. Mastication difficile. Larmoiement.

Réflexe cornéen aboli.

États à distance. 7 mars 1938, la guérison se maintient complète.

Disparition de tout élément douloureux.

L'anesthésie est totale dans la sphère du M. S. L'anesthésie est partielle avec hypoesthésie au tact dans le territoire du M. I. et de l'O.

La mastication devient plus facile.

A l'ouverture de la bouche, le menton est dévié vers la droite. Sensation paresthésique d'enflure de la joue droite et de frémissement de la face.

Hydrorrhée nasale d'ailleurs non perçue par la muqueuse insensible.

Réflexe cornéen aboli.

OBSERVATION N° 16.

Monsieur TAN..., 44 ans, est adressé en *Juillet 1936*, au D^r WELTI dans le service du P^r agrégé LARDENNOIS, à l'hôpital Laënnec, par le D^r PARAF, pour névralgie faciale droite.

Juin 1936. Début des crises douloureuses de courte durée au niveau du M. I. Rapidement les crises s'exagèrent et envahissent le territoire du M. S. et de l'O. Les accès douloureux déclenchés par les mouvements de mastication et de phonation s'accompagnent de secousses musculaires, de sensation de chaleur et de larmoiement.

Urée sanguine 0,25. Tension 6 1/2 — 12 1/2 (Vaquez).

Intervention chirurgicale. Le 18 juillet 1936 (H. WELTI). Neurotomie rétro-gassérienne par voie temporale suivant technique classique.

Suites opératoires normales.

Résultats immédiats. Disparition complète des douleurs sur le territoire des 3 branches du trijumeau.

Gêne de la mastication par suite du manque de sensibilité de la muqueuse buccale et linguale droite.

Sensations paresthésiques d'élancements non douloureux au niveau de la joue.

Fente palpébrale droite rétrécie pendant 1 mois.

Réflexe cornéen conservé.

Le malade reprend ses occupations 1 mois après l'intervention.

Résultats à distance. Le malade revu le 14 février 1938 se montre très satisfait de l'opération, les douleurs ne sont jamais revenues.

L'anesthésie à la piqure persiste dans la sphère du M. I. au niveau du menton.

Par contre, il y a un net retour de la sensibilité aux trois modes au niveau de l'O. et du M. S.

Retour de la sensibilité de la muqueuse nasale depuis 18 mois.

La gêne de la mastication est peu marquée, le malade s'est rééduqué.

A l'ouverture de la bouche, le menton est dévié vers la droite.

Réflexe cornéen conservé.

OBSERVATION N° 17.

Monsieur THO..., 60 ans, adressé au D^r WELTI dans le service de M. le P^r agrégé LARDENNOIS à l'hôpital Laënnec en Août 1936, par le D^r PARAF, pour névralgie faciale *gauche*.

En 1918, à l'âge de 42 ans, 18 ans avant l'intervention, le malade accuse des accès douloureux déclenchés par la marche, la parole, la mastication. Ces crises durent au début 5 à 6 minutes; elles sont localisées au territoire du M. I. Peu à peu, elles s'exagèrent en intensité et en durée.

En 1919. Les crises douloureuses se répètent à la cadence de 10 à 15 par jour et durent environ 20 minutes. Elles atteignent également la sphère du M. S.

L'alcoolisation procure une rémission d'un an.

De 1920 à 1936. Les crises réapparaissent presque annuellement et sont calmées par les piqûres d'alcool.

En Août 1936. Le malade est adressé au D^r WELTI.

— *Examen*. Névralgie faciale typique occupant le territoire du M. I. et du M. S.

Tension : 8 1/2 — 14.

Intervention chirurgicale. Le 5 août 1936 (H. WELTI). Neurectomie rétro-gassérienne par voie temporale suivant technique classique.

Suites opératoires normales.

Herpès au niveau du menton, de la face interne de la joue et de la commissure gauche des lèvres.

Paralysie du moteur oculaire externe avec diplopie. Celle-ci disparaît après 8 jours, malgré la persistance de la paralysie du M. O. E.

Résultats immédiats. Disparition de tous phénomènes douloureux. Anesthésie aux 3 modes sur le territoire des 3 branches du trijumeau.

Réflexe cornéen aboli.

Gêne de la mastication.

Le malade reprend ses occupations 15 jours après l'intervention.

Résultats à distance. Revu le 14 février 1938, le malade se montre particulièrement heureux des résultats de l'opération. La guérison est complète. Les douleurs ne sont jamais revenues.

Sur le territoire du M. S., l'anesthésie cutanée persiste. Sur le territoire de l'O., retour partiel de la sensibilité.

Sur le territoire du M. I., retour de la sensibilité cutanée, sauf au niveau du menton qui conserve l'anesthésie post-opératoire à la piqure.

Hypoesthésie de la muqueuse nasale.

Le réflexe cornéen reste aboli.

La paralysie du M. O. E. a disparu.

A l'ouverture de la bouche, le menton est dévié vers la gauche. La mastication, sans être encore parfaite, est suffisante.

Parfois, le malade accuse des sensations paresthésiques d'enflure de la joue.

Il n'existe pas de phénomènes vaso-moteurs.

OBSERVATION N° 18.

Monsieur l'Abbé VIG..., 71 ans, adressé au D^r WELTI, en Février 1936, à la clinique d'Asnières, par le D^r PARAF, pour névralgie faciale gauche.

En 1916. A l'âge de 51 ans, 20 ans avant l'intervention, le malade accuse subitement une violente douleur à maximum localisé au-devant du tragus de l'oreille gauche, mais occupant également avec intensité la branche montante du maxillaire inférieur. Deux ou trois crises semblables se succèdent, puis le calme revient durant environ 2 ans.

En 1918. Les accès douloureux réapparaissent mais cette fois par crises successives pendant plusieurs mois.

L'avulsion de dents incriminées ne procure aucune amé-

lioration. L'alcoolisation par le P^r SICARD permet une rémission de 2 ans.

De 1920 à 1936. La réapparition des crises oblige le malade à de fréquentes alcoolisations dont les effets s'atténuent peu à peu.

En 1936. Les périodes d'accalmie deviennent de plus en plus courtes. Alcoolisation sans aucun résultat. Le malade est adressé au D^r WELTI.

Mars 1936. — Examen. Névralgie faciale typique occupant le territoire du M. I.

Malade en assez bon état général.

A l'auscultation du cœur, souffle diastolique; pouls à 60; tension : Mx 11. Essoufflement facile à la marche. Léger signe d'insuffisance ventriculaire.

Intervention chirurgicale. Le 7 mars 1936 (H. WELTI). Neurotomie rétrogassérienne par voie temporale suivant technique classique.

Suites opératoires. Réaction méningée transitoire avec fièvre élevée vers le cinquième jour. La P. L. ramène un liquide céphalo-rachidien trouble dont l'examen montre une hyperleucocytose avec prédominance des polynucléaires. Par contre, absence de microbes tant à l'examen direct qu'à la culture qui reste stérile. Le douzième jour après l'intervention, la température qui descendait en lysis depuis le huitième, revient à la normale. Le malade quitte la clinique le dix-neuvième jour.

Résultats immédiats. Disparition des douleurs.

Anesthésie aux 3 modes sur tout le territoire du trijumeau.

Mastication difficile. Salivation.

Résultats à distance. La guérison persiste, le malade reprend ses occupations au cours des mois qui suivent.

En fin Septembre 1936, 7 mois après l'opération, le malade meurt d'affection cardiaque.

OBSERVATION N° 19.

Madame VIT..., 57 ans, est adressée au D^r WELTI en Septembre 1935, dans le service du P^r PROUST, à l'hôpital Laënnec, par le D^r PARAF, pour névralgie faciale gauche.

Depuis longtemps, la malade souffrait d'accès migraineux siégeant à gauche. Cet état, cessa lors de la ménopause, à 47 ans. Par contre, quelques petites crises névralgiques de l'hémiface gauche apparurent à cette époque, sans toutefois prendre un caractère alarmant, de 47 à 56 ans, jusqu'en 1934.

En 1934. Subitement au cours d'un repas, crise paroxysmique d'une violence extrême au niveau de la fosse canine gauche. Ces douleurs aiguës se répètent ensuite à intervalles irréguliers déclenchés par les mouvements de mastication et durent de 5 à 10 minutes. Un état douloureux permanent de la région succède à l'état de crise.

Septembre 1934. Extraction de la canine gauche et curetage de l'alvéole pour ostéite à l'hôpital Laënnec.

Les crises continuent, de plus en plus fortes.

Octobre 1934. Alcoolisation par le D^r PARAF amène une rémission de 6 mois.

En Avril 1935. Récidive avec atteinte supplémentaire de la zone du M. I. Les crises se répètent à la cadence de 10 à 15 par jour.

Refusant une nouvelle alcoolisation, la malade est adressée en Septembre 1935 au D^r WELTI.

Septembre 1935. — Examen. Névralgie faciale typique occupant le territoire du M. S, et du M. I. gauche.

Malade amaigrie, nerveuse.

Intervention chirurgicale. Le 5 octobre 1935 (D^r H. WELTI). Neurotomie rétro-gassérienne par voie temporale suivant technique classique.

Suites opératoires normales.

Résultats immédiats. Disparition de tous phénomènes douloureux. *Conservation de la sensibilité cutanée sur tout le territoire du M. S. et du M. I.*

Aucune gêne de la mastication.

Malade euphorique.

En Avril 1936. Reprise des crises névralgiques dans la sphère du M. S.

Intervention chirurgicale. Le 14 avril 1937. Neurotomie rétro-gassérienne par voie temporale suivant technique classique.

On découvre à nouveau la racine du trijumeau et l'on sectionne quelques fibres qui n'avaient pu être reconnues lors de la première intervention.

Suites opératoires normales.

Herpès, deux jours après l'opération

Résultats immédiats. Disparition des douleurs.

Anesthésie aux trois modes sur tout le territoire du trijumeau.

Réflexe cornéen aboli.

Gêne de la mastication.

Résultats à distance. 2 février 1938. La malade n'a plus ressenti aucune douleur.

Léger retour de la sensibilité depuis 6 mois, surtout au niveau de l'O.

Par suite d'une rééducation facile, la mastication n'est plus gênée.

A l'ouverture de la bouche, le menton est dévié vers la gauche. Réflexe cornéen aboli et sécrétion lacrymale tarie à gauche. Persistance de quelques bourdonnements de l'oreille gauche. Trois mois après l'intervention, la malade avait présenté une petite hémorragie par l'oreille suivie d'hypo-acousie gauche durant 3 mois.

Le 22 octobre 1937, petite tache hémorragique sur le bord postérieur du cadran du tympan à l'union du conduit auditif.

La malade accuse une sensibilité particulière de la pommette gauche au froid qui provoque à ce niveau des phénomènes vaso-moteurs (rougeur, gonflement).

OBSERVATION N° 20.

Monsieur BER..., 58 ans, adressé au D^r WELTI en *Novembre 1933*, dans le service du P^r PROUST à l'hôpital Laënnec, par le D^r PARAF, pour névralgie faciale droite.

En 1928. A l'âge de 53 ans, 5 ans avant l'intervention, le malade présente de vagues douleurs sous-orbitaires droites à type intermittent, puis des paroxysmes douloureux d'une extrême violence surviennent dans la même région avec irradiations vers la lèvre supérieure et le menton. Ces crises durent une demi-heure et sont déclenchées par la mastication. Le malade ne peut plus s'alimenter.

Alcoolisation par le D^r PARAF, dans le service du P^r SICARD à l'hôpital Necker, rémission de 4 mois.

En fin 1928. Les crises douloureuses occupent le territoire du M. S. et du M. I.

En 1929. Nouvelle alcoolisation (D^r PARAF) nouvelle amélioration de 4 mois.

En 1930. 30 séances d'ionisation calcique sont pratiquées à la Salpêtrière. Accalmie de 5 mois.

En 1932. Nouvel essai de traitement électrique sans résultat.

En Mai 1933. Les douleurs sont de plus en plus fortes et de plus en plus fréquentes.

En novembre 1933. Crises subintrantes, 8 injections d'alcool sont pratiquées en une semaine et restent inefficaces. Le D^r PARAF adresse le malade au D^r WELTI.

— *Examen.* Névragie faciale typique occupant le territoire du M. I. et du M. S. La sphère de l'O. est indemne.

Malade à l'aspect misérable et vieilli par la souffrance. Il n'ose ouvrir la bouche et parle entre ses dents. Tout mouvement est susceptible de déclencher une crise. La langue est saburrale. Le malade garde sa salive dans la bouche, la déglutition pouvant déterminer un accès douloureux. Tous soins d'hygiène buccale sont devenus impossibles. L'alimentation est strictement liquide et absorbée par petite quantité avec un maximum de précautions. Escarre sous-orbitaire à la suite des dernières alcoolisations.

Intervention chirurgicale, Novembre 1933 (H. WELTI). Neurotomie rétrogassérienne par voie temporale suivant technique classique.

Ether rectal : Intoxication. Mort une heure après l'opération.

OBSERVATION N° 21 (Résumé).

Madame LOI..., 40 ans, adressée en 1928 au D^r WELTI par le D^r PHILARDEAU.

En 1926. Douleurs violentes de la face du côté gauche. Le diagnostic de névralgie faciale n'est pas admis par le P^r SICARD. Ablation du ganglion cervical supérieur.

En 1928. La malade est adressée au D^r WELTI par le D^r PHILARDEAU. La sympathectomie n'a pas soulagé la malade. Par contre l'alcoolisation des branches du trijumeau a donné des sédations temporaires très appréciables. Le D^r CHAVANY consulté considère qu'il s'agit d'une névralgie faciale atypique. Mais vu l'absence, en dehors des douleurs, de tout autre symptôme neurologique et en raison de l'intensité des manifestations douloureuses une neurotomie rétrogassérienne est proposée.

Juin 1928. Intervention chirurgicale (H. WELTI). Neurotomie rétrogassérienne par voie temporale. Anesthésie totale dans le territoire du M. I. et du M. S. Anesthésie partielle dans le territoire de l'O.

A la suite de cette intervention les douleurs disparaissent complètement pendant 18 mois

En Janvier 1930. Réapparition de douleurs dans les régions occipitales et pariétales. Ces douleurs persistent et nécessitent de nombreuses injections d'alcool au niveau du cuir chevelu.

En 1934. Sphacèle du cuir chevelu avec ostéite et suppuration au niveau de la région occipito-pariétale. Ramolissement de la voûte crânienne et mort de la malade.

CONCLUSIONS

I. — L'étude des résultats obtenus par la neurotomie rétro-gassérienne par voie temporale pratiquée chez 21 malades nous a montré la bénignité de cette intervention.

II. — Après neurotomie, la disparition des douleurs a été définitive, comme nous avons pu le constater après plusieurs années.

III. — Dans un seul cas une kératite neuro-paralytique a été observée. Cette kératite a été bénigne et le malade est actuellement guéri.

IV. — Malgré la section totale de la racine du trijumeau, l'anesthésie dans le domaine du nerf chez un certain nombre de malades, revus à distance de l'intervention, n'est pas complète.

Cette constatation a été faite même dans les cas où la racine motrice avait été sectionnée.

Il semble que la persistance d'un certain degré de sensibilité, malgré la disparition définitive des douleurs, soit due à l'innervation sympathique du territoire du trijumeau.

V. — La neurotomie rétro-gassérienne par voie tem-

porale permet d'obtenir des résultats comparables à ceux obtenus par voie occipitale.

L'intervention par voie temporale, qui est plus bénigne doit être préférée à notre avis, sauf indications particulières, à l'intervention par voie occipitale.

Vu : Le Président de Thèse,
CLOVIS VINCENT.

Vu : Le Doyen,
M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALAJOUANINE et THUREL. — Les algies faciales. *Le monde médical*, 1^{er} février 1934.
- ALAJOUANINE et THUREL. — La névralgie du trijumeau. *Le Progrès médical*, n° 23, 8 juin 1935.
- CANTON et LAFARGUE. — Le traitement chirurgical de la névralgie faciale. *Bordeaux Chirurgical*, n° 1, Janvier 1936.
- CHAVANY. — Les aspects cliniques de la névralgie du trijumeau (névralgie faciale) aperçu thérapeutique. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 janvier 1932.
- DE MARTEL et GUILLAUME. — Le traitement chirurgical de la névralgie du trijumeau. *Le Journal médical français*, t. XX, n° 10, Oct. 1931.
- GARCIN. — Physiologie normale et pathologique des nerfs craniens.
- HARTMANN Edward. — La neurotomie rétro-gassérienne. Conséquences physiologiques et pathologiques. Contribution à l'étude de la kératite neuro-paralytique (*Thèse Paris*, 1924).
- HOVELACQUE. — Anatomie des nerfs craniens.
- LERICHE. — La chirurgie de la douleur, 1937 Masson, éditeur, Paris.
- MONTEIRO. — Névralgie du trijumeau. Diagnostic et traitement (*Revista Brasileira de Cirurgia*, n° 1, Setembro de 1933).
- PETIT-DUTAILLIS. — A propos de 25 cas de névralgie faciale opérés par voie postérieure (méthode de Dandy). *Bulletin de la Société de Chirurgie*, t. LX, n° 18, 2 juin 1934.
- ROBINEAU. — Bénignité de la neurotomie rétro-gassérienne.

Journal de médecine et de Chirurgie pratiques, Tome C, 9^e cahier, p. 305, 12-10 mai 1929.

ROUVIÈRE. — *Traité d'anatomie humaine* 1924, Masson éditeur, Paris.

SICARD (André). — La neurotomie rétro-gassérienne partielle dans le traitement de la névralgie faciale, *thèse Paris*, 1931.

THUREL. — Les algies faciales. Types cliniques et indications thérapeutiques. *Le Journal médical français*, t. XX, n° 10, Octobre 1931.

WELTI (Henri). — A propos de la neurotomie rétro-gassérienne pour névralgie faciale (*Société Suisse de Chirurgie*, 20-22 mai 1938. *Helvetica Medica Acta*, Vol. 5, fasc. 6, 1938). (Berni Schwabe et Cie, Ed., Bâle).

VINCENT (Clovis). — Des dangers de l'anesthésie locale dans la section rétro-gassérienne du trijumeau par voie temporale. *Anesthésie et analgésie*, tome III, n° 4, Novembre 1937.

